

MUNICIPIO DE ALBANIA SANTANDER

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2008- 2011



JAIME ALBERTO SIERRA

ALCALDE 2008-2011

POR NUESTRA

GENTE ALBANIA

SIEMPRE ADELANTE

INDICE

INDICE TABLAS

	Pág.
TABLA No 1. Población General	17
TABLA No 2. Población por Nivel Socioeconómico	17
TABLA No 3. Disponibilidad y cobertura de servicios públicos Domiciliarios	18
TABLA No 4. Organizaciones municipales y comunitarias del municipio.	21
TABLA No 5. Población por sexo y edades quinquenales, municipio 2007	22
TABLA No 6. Indicadores de dinámica poblacional año 2006	23
TABLA No 7. Cobertura del servicio educativo	24
TABLA No 8. Deserción Escolar 2007	24
TABLA No 9. Cobertura Alimentación Escolar año 2007	25
TABLA No 10. Cobertura Transporte Escolar año 2007	25
TABLA No 11. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	26
TABLA No 12. Asociaciones, cooperativas y corporaciones	27
TABLA No 13. Distribución ocupacional de la P.E.A.	28
TABLA No 14. Cobertura de aseguramiento vigencia 2007	29
TABLA No 15. Cobertura en régimen subsidiado en salud Vigencias 2004, 2005, 2006 y 2007	29
TABLA No 16. Instituciones y aseguradores de salud disponibles en el municipio	31
TABLA No 17. Personal de salud disponible en el municipio	32
TABLA No 18. Morbilidad por consulta externa, vigencia 2004 – 2006 (Tasa por 100.000 habitantes)	33
TABLA No 19. Morbilidad por urgencias vigencia 2004 – 2006 (Tasa por 100.000 habitantes)	33
TABLA No 20. Morbilidad por hospitalización vigencia 2004 – 2006 (Tasa por 100.000 habitantes)	34
TABLA No 21. Enfermedades transmitidas por vectores VIGENCIA 2004 – 2006	35
TABLA No 22. Enfermedades inmunoprevenibles vigencia 2004 – 2006	35
TABLA No 23. Otros eventos de interés en salud pública	

	vigencia 2006	36
TABLA No 24.	Mortalidad general por grupos de edad años 2005-2006	36
TABLA No 25.	Mortalidad según grupos de causa lista OPS AÑOS 2005 - 2006	37
TABLA No 26.	Indicadores demográficos salud AÑO 2006	38
TABLA No 27.	Indicadores del programa de Lepra y Tuberculosis 2006	38
TABLA No 28.	Estado nutricional de menores de cinco años vigencia 2006	38
TABLA No 29.	Cobertura de vacunación en niños menores de un año y de un año vigencia 2005 – 2006	38
TABLA No 30.	Cobertura en planificación familiar vigencia 2006	39
TABLA No 31.	Grupo poblacional de infancia y adolescencia vigencia 2007	41
TABLA No 32.	Grupo poblacional juvenil vigencia 2007	43
TABLA No 33.	Población adulto mayor vigencia 2007	43
TABLA No 34.	Accidentes de trabajo vigencia 2004-2006	45

INDICE GRAFICOS

GRAFICO No 1.	División político administrativa de Albania	18
GRAFICO No 2.	Pirámide poblacional del municipio 2007	23

PRESENTACION

La planeación es un ejercicio sistemático y coherente que busca asegurar el uso óptimo y racional de los recursos disponibles, exigiendo un proceso de búsqueda, de coordinación y de concertación de los diferentes procesos a desarrollar en el municipio de Albania.

Ha de destacarse que El Plan Territorial de Salud de Albania es una herramienta política y técnica que el municipio y la comunidad construyen en consenso, y tiene como propósito formular metas, comprometer acciones y recursos para que se mejoren las condiciones en salud de la población en general.

La administración Municipal a través de la secretaria de salud, establece como banderas de su proyecto de trabajo los siguientes ejes fundamentales: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención vigilancia y control de riesgos profesionales y emergencias y desastres.

El Plan Territorial de Salud se elaboró de acuerdo con las orientaciones establecidas por la resolución 425 de 2008, en armonía con la metodología Nacional, Departamental y los objetivos formulados en el Plan de Desarrollo Municipal.

EQUIPO DE TRABAJO

ADMINISTRACION MUNICIPAL DE ALBANIA

2008-2011

Tgo. JAIME ALBERTO SIERRA

Alcalde

Ing. PEDRO FERNANDO GRANADA PINEDA

Secretaria de Planeación

Tgo. ROBERTO REYES ORTIZ

Secretario de Gobierno

Esp. HERLY MARITZA SIERRA SOSA

Secretaria de Hacienda

Ing. MANUEL OVALLE ARIZA

Secretario de Salud

Dr. LIVER LEONARDO JIMÉNEZ

Director Técnico UMATA

JUAN CARLOS PRIETO

Inspector de Policía Corregimiento La Mesa

Tec. FLOWER MUÑOZ BALAGUERA

Inspector de Policía Corregimiento El Hatillo

HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL

2008 – 2011

ALEX ALVEIRO PEÑA

Presidente

ARTURO OCTAVIO ORDOÑEZ

Primer Vice-Presidente

LUIS MARIO ALVARADO

Segundo Vice-Presidente

DANIEL HORACIO FORERO

Concejal

ALEXIS CARANTON HERNANDEZ

Concejal

PEDRO NEL ARDILA BALAGUERA

Concejal

CARLOS EFRAIN PARRA SUAREZ

Concejal

CONSEJO TERRITORIAL DE PLANEACIÓN MUNICIPAL

Decreto No. 006-2008

JORGE ORLANDO PINEDA CASTRO

DANIEL GONZALEZ

CARLOS COMBITA VILLAMIL.

NORALBA OZMA

ROSA MARIA SAAVEDRA

MARIA NELLY RONCANCIO TELLEZ

HUMBERTO SIERRA C

AIDE GALLEGO

DUQUEIRO ALEXANDER CAÑON MEDINA

ABEL ARNOVIO ALFONSO RODRIGUEZ

Comisión de Asuntos Administrativos del Concejo Municipal como
apoyo y asesoramiento

MARCO NORMATIVO

MARCO LEGAL

✓ Ley 100 del 93.

Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

✓ Ley 715 de 2001 artículo 44

“Corresponde a los Municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción para lo cual cumplirá las siguientes funciones”.

- De la dirección del sector en el ámbito Municipal.
- Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.
- Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.
- Establecer la situación en salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública.

✓ Ley 152 de 1994

Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo. Artículo 1º PROPÓSITOS. La presente ley tiene como propósito establecer los

procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento evaluación y control de los planes de desarrollo.

✓ Ley 1122 de 2007

Artículo 2. DE LA EVALUACION POR RESULTADOS. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

✓ Decreto 3039 de 2007

Artículo 1º. Plan Nacional de Salud Pública. Adópta se el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente decreto.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

CAPITULO I Numeral 2: Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

Para ello se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

✓ Resolución 425 de febrero de 2008.

Capítulo I **Artículo 2:** Plan de Salud Territorial. El Plan de Salud Territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo –Ley 152 de 1994–. Así mismo, se rige por lo establecido en las Leyes 715 de 2001, 1122 y 1151 de 2007 y el Decreto 3039 de 2007 y las demás normas que las modifiquen, adicionen y sustituyan.” **Artículo 3:** Propósito, enfoques y principios. El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud. **Artículo 4:** Líneas de política. El Plan de Salud Territorial adoptará, adaptará e implementará las líneas de política de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan. **Artículo 5°:** Prioridades y metas nacionales de salud. El Plan de Salud Territorial, deberá adaptar las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública. **Artículo 6°:** Ejes programáticos. El Plan de Salud Territorial, estará integrado por los siguientes ejes programáticos:

1. Aseguramiento.
2. Prestación y desarrollo de servicios de salud.
3. Salud pública.
4. Promoción social.
5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.
6. Emergencias y desastres.

POLÍTICAS DEL SECTOR

POLITICAS NACIONALES

- ✓ **Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida**
 - Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida.
 - Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.
 - Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para mejorar la participación social y el empoderamiento comunitario.
 - Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables.
 - Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

- ✓ **Línea de política número 2. Prevención de los riesgos**
 - Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laboral, sanitaria y fitosanitarios.
 - Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
 - Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
 - Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud- SOGCS.
 - Definición, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo priorizadas en el Plan Nacional de Salud Pública.
 - Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud.

- Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral.
 - Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud.
- ✓ **Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud**
- Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana, prevención específica y atención en salud incluidos del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
 - Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
 - Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
 - Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud.
 - Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia.
 - Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral.
 - Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.
 - Fomento de la telemedicina.
- ✓ **Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento**
- Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de las acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
 - Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del análisis de la situación de salud de la población.
 - Desarrollo del sistema de información de salud.
 - Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Pública.
 - Fomento de la investigación aplicada en áreas de interés del Plan Nacional de Salud Pública.
 - Desarrollo de estrategias de difusión de los resultados en salud.

- ✓ **Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública**
 - Aseguramiento universal en salud, priorizando la población pobre y vulnerable.
 - Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública para garantizar el cumplimiento de las competencias en los diferentes niveles territoriales.
 - Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública.
 - Concertación intersectorial para la modificación de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y poblaciones.
 - Desarrollo de los modelos de atención en salud de origen intercultural.
 - Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública.
 - Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social.
 - Promoción del control social y la rendición de cuentas.

MARCO INSTITUCIONAL

MISIÓN

Implementar estrategias que fomenten la promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y la aplicación de medidas para contrarrestar el perfil epidemiológico característico de esta comunidad. En coordinación con las políticas establecidas por la nación, facilitando así el acceso a cada uno de los servicios de salud con altos estándares de eficacia y eficiencia por medio del seguimiento, control y la evaluación.

VISIÓN

Ser en el 2011 un municipio con los altos índices de aseguramiento, prestación de los servicios de salud, disminución de los riesgos en salud, en atención a la población y grupos vulnerables, disminución de los accidentes de trabajo y con un plan activo y eficaz para la atención ante cualquier emergencia y desastre en asocio con el desarrollo de las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio.

PRINCIPIOS

✓ **Universalidad**

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

✓ **Equidad**

La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

✓ **Calidad**

Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

✓ **Eficiencia**

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

✓ **Responsabilidad**

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

✓ **Respeto por la diversidad cultural y étnica**

Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 del 2001.

✓ **Participación social**

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que éstas se concreten en los planes de salud territoriales.

✓ **Intersectorialidad**

Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar actividades orientadas a la promoción de la salud, prevención del riesgo, atención de las patologías, disminución del impacto al medio ambiente, con el fin de promover estilos de vida saludables en la población de albania

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Facilitar los instrumentos oportunos con el fin de fomentar la vinculación de la población a cada uno de los regímenes del sistema general de seguridad social en salud durante el periodo 2008 2011.
- ✓ Optimizar los procesos de identificación y priorización de la población no vinculada al sistema a través de la depuración y sistematización de la base de datos.
- ✓ Llevar a cabo interventorias a los contratos entre las entidades encargadas de administrar los recursos financieros y prestar los servicios de salud.
- ✓ Elaborar y ejecutar actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios), con el fin de mejorar la salud integral de la población de Albania.
- ✓ afianzar el sistema de vigilancia en salud.
- ✓ fomentar la cultura de la educación continua del recursos humano que labora en la IPS promoviendo la prestación de servicios en salud acordes con la actualidad mundial.

- ✓ Realizar actividades de promoción de la salud y la calidad de vida en los contextos laborales.
- ✓ Diseñar acciones de fortalecimiento colectivo que optimicen la repuesta municipal frente a situaciones de emergencias y desastres
- ✓ Fortalecer la red de urgencias.

DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO TERRITORIAL

LOCALIZACIÓN, EXTENSIÓN Y GEOGRAFÍA:

Según el sistema de referencias de Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), el municipio de Albania está situado, aproximadamente, en las coordenadas 1.099,200 Norte y 1.065,600 Sur. Política y administrativamente forma parte de la Provincia de Vélez, a 273 Km. de Bucaramanga, la capital del Departamento de Santander. De acuerdo a su población y sus recursos fiscales, esta clasificada dentro de la categoría sexta, de conformidad con el art. 320 de la Constitución Política y el art. 6° de la ley 136 de 1994. ratificada esta categoría según el acuerdo No 005 del 2001.

La extensión territorial del municipio es de 167,04 KM², que equivale a 16.704,61 Ha. El área del sector urbano es de 0,1668 KM², que representa 16,68 Hectáreas. El sector rural tiene una extensión de 166,87 KM², equivalentes a 16.687,97Ha que aproximadamente corresponden al 99.90% del territorio municipal. Físicamente, Albania limita por el norte con los ríos Chinero, El Valle, San Antonio, Guayabal y Chiflón, que lo separan del municipio de Jesús María; al noroccidente con las quebradas San Pablo, El Roble, La Venta, el Filo y Honda, que lo delimitan del municipio de Florián; al sur con las quebradas Canutillo, Negra, el Cerro, Catedral, el Cedro, el Picacho, el Alto Pamales, Alto Carretona, Alto Bulto, Alto Blanco y el Alto de la Peña que lo limitan de municipios del Departamento de Boyacá (Tununguá y Saboya); al oriente con la Cuchilla del Morro y la quebrada la Manga que lo separa del municipio de Puente Nacional.

El clima de Albania según la clasificación climática empleada en el Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT, 2002) es superhúmedo, con poca o ninguna deficiencia de agua durante el año en la mayor parte del municipio, y solo un pequeño sector, al sureste, presenta clima húmedo. Dada la variación y heterogeneidad del relieve del municipio las temperaturas medias anuales oscilan entre los 24° C a los 800 m.s.n.m. y los 10° C a los 3.200 m.s.n.m. La temperatura media de la cabecera municipal es de 18.7 ° C.

El municipio cuenta con alta capacidad hídrica, originada principalmente por la presencia de áreas de bosque alto andino (2.600 a 3.200 m.s.n.m.) y páramo (mayor a 3.200 m.s.n.m.), características forestales y fisiográficas que dan origen a muchas quebradas o cuerpos de agua. Sin embargo, la intervención antrópica a estas formaciones vegetales y a los causes de dichas quebradas han diezmando de manera significativa su capacidad hídrica. Los principales ríos que conforman la red hidrográfica de la zona son el Suárez y el Minero, los cuales pertenecen a la Gran Cuenca del Magdalena. La mayor parte del territorio drena hacia la subcuenca del la quebrada Piedra, afluente del Minero y a la subcuenca del río Cuchinero afluente del río Suárez. Se distinguen como las principales afluentes de la quebrada Piedra, las microcuencas de la quebrada Canutillo, quebrada Zapote, la quebrada la Venta del río Cochineroy y la microcuenca del Río Negro.

DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA

TABLA No 1. Población General

ZONA	No DE HABITANTES	%
POBLACION URBANA	409 Habitantes	9,1%
POBLACION RURAL Y/O CORREGIMIENTOS	4.133 Habitantes	90,9%
TOTAL	4.542 Habitantes	100%

FUENTE: SISBEN 2007

Teniendo en cuenta que el 90,9% de la población pertenece a la zona rural, es necesario fortalecer el sistema productivo y fomentar la sostenibilidad alimentaría de estos núcleos familiares con el propósito de erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

TABLA No 2. Población por Nivel Socioeconómico

NIVEL SOCIO ECONOMICO	NUMERO DE HABITANTES	%
NIVEL 1	3.024 Habitantes	66,58%
NIVEL 2	1.383 Habitantes	30,44%
NIVEL 3	129 Habitantes	2,84%
NIVEL 4	6 Habitantes	0,14%
NIVELES 5 Y 6	0	0%
TOTAL	4.542	100%

FUENTE: SISBEN 2007

			% URBANO	% RURAL
	QUEMA O ENTIERRA Y EL 2.9% LAS ARROJA A LA QUEBRADA, GENERANDO CONDICIONES DE DETERIORO AMBIENTAL: DEL PAISAJE, FOCOS PARA CRIADERO DE INSECTOS, MOSCAS Y RATAS QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DEL SECTOR RURAL.			

FUENTE: PDM 2008

En cuanto al acueducto podríamos decir que existe una cobertura del 100% tanto en la zona urbana como en la rural pero el agua no cuenta con tratamiento en la zona rural.

La aducción de agua para el casco urbano municipal se hace de la microcuenca La Salud, esta nace a 1900 msnm, discurre en el sentido sur-norte donde se une con la subcuenca la Toroba y son afluentes del rio minero, una gran preocupación genera la casi nula vegetación de cobertura y protección del lugar debida a la tala para implementación de sistemas ganaderos, esta situación genera altas perdidas por evapotranspiración y reduce el caudal de la microcuenca y por ende el suministro de agua a la población del área urbana.

Malla Vial.

La extensión de la malla vial municipal es de 109.90 kilómetros aproximadamente, de los cuales 34,5 kilómetros dependen administrativamente del Departamento y son equivalentes al 31.39% de la totalidad y el restante 75.4 kilómetros (68,61%) corresponden al Municipio.

La cabecera municipal posee un área de 0.1668 Km², con una red vial de 2.242 metros lineales aproximadamente, que permite una fácil extensión, continuidad y crecimiento en todo sentido. Más, sin embargo, la variedad y heterogeneidad en el tamaño de las manzanas urbanas actuales, incide en la regularidad del sistema de la red vial

Para acceder a la cabecera municipal se puede tomar una de las tres rutas siguientes:

- Ruta 1: siguiendo la vía intermunicipal, Puente Nacional - Jesús María - Corregimiento de la Venta (municipio de Florián), lugar donde se bifurca la carretera que conduce al sitio el Diamante y de allí a la cabecera municipal de Albania. Esta Vía intermunicipal permite además la conexión con el Centro Poblado de Carretero y el corregimiento de Hatillo en el sector El Payo donde se ramifica, a la vereda Cordoncillal

desde Tres Esquinas, a la vereda Santa Rita desde Cristales, al corregimiento de la Mesa desde el sector Laderas.

- Ruta 2: partiendo del municipio de Saboya Departamento de Boyacá a Guacos – Mata de Plátano sitio donde se bifurca hacia El Diamante y Cabecera Municipal o hacia el corregimiento de la Mesa.
- Ruta 3: desde el municipio de Tununguá Departamento de Boyacá – Cabecera municipal.

Las vías urbanas en la cabecera municipal presentan en su mayoría secciones variables que se encuentran delimitadas por la volumetría de las fachadas de las viviendas, generalmente de uno y dos pisos, sus perfiles están conformados por la calzada, andenes a lado y lado de la vía y la presencia de zonas verdes especialmente en las vía de clasificación Tipo 1, siendo eventual en algunas edificaciones el antejardín, se aprecia en las edificaciones institucionales y en el frente de los predios la Zona Verde y el antejardín, no obstante las dimensiones son variables entre una y otra.

Se aprecia en general un buen estado de las losas de concreto sin embargo es necesario el mantenimiento (reposición material de juntas), la reconstrucción y reposición de áreas deterioradas. Así mismo es necesario recopilar la información referente al espesor de la losa, sub base granular y fechas de pavimentación a fin de evaluar el periodo de diseño y reposición.

El sistema vial y de transporte existente permite la articulación y conectividad regional, especialmente con los municipios de Jesús María, Puente Nacional y Florián del departamento de Santander y los municipios de Tununguá, Briceño, Saboya, Chiquinquirá del departamento de Boyacá. Vínculo que permite el acceso a la capital de la República, sin embargo, las restricciones viales que se presentan en las vías no pavimentadas y las condiciones topográficas influyen en el desarrollo económico local, la competitividad y el intercambio comercial.

En resumen, el municipio presenta una red vial carretable bastante deteriorada principalmente por causa de las características del diseño de las vías, las condiciones topográficas del terreno, y las características litológicas que las hacen de difícil tránsito especialmente en épocas de invierno. Se evidencia que la conectividad vial entre las veredas y la cabecera municipal en términos de calidad de la infraestructura existente es frágil, dificultando la integración socioeconómica del municipio.

ORGANIZACIONES MUNICIPALES Y COMUNITARIAS

Indique en la tabla la presencia de organismos de la administración municipal y el número de organizaciones sociales y comunitarias existentes y activas en el municipio. Escriba el nombre de las ONG presentes en el municipio, en caso de estar presentes.

TABLA No 4. Organizaciones municipales y comunitarias del municipio.

DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL	SI	NO	SOCIALES Y / O COMUNITARIAS	NO.
SECRETARÍA O DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD	X		JUNTAS ACCIÓN COMUNAL	30
PERSONERÍA	X		COPACOS	0
PROCURADURÍA		X	HOGARES BIENESTAR FAMILIAR	0
JUZGADOS CIVILES	X		VEEDURÍA	1
COMISARÍA DE FAMILIA	X		ASOCIACIÓN DE USUARIOS	3
INSPECCIONES DE POLICÍA	X		ONG	0
REGISTRADURÍA	X		DEFENSA CIVIL	0
DEFENSORÍA DEL PUEBLO		X	CRUZ ROJA	0
UMATA	X		OTRA	0
DIRECCIÓN DE NÚCLEO	X			
SECRETARIA DE PLANEACIÓN	X			
INSTITUTO DE RECREACIÓN Y DEPORTES		X		
JUEZ PROMISCOU MUNICIPAL	X			
CONCEJO MUNICIPAL	X			
CONCEJO TERRITORIAL DE PLANEACIÓN	X			
JUNTA MUNICIPAL DE EDUCACIÓN. (JUME)	X			
COMITÉ DE DESARROLLO MUNICIPAL. COMUDE	X			
JUNTA MUNICIPAL DE DEPORTES		X		
OTRA:				

FUENTE: Secretaria de salud Municipal

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Estructura y dinámica de la población.

Indique el total de habitantes por municipio y su distribución por sexo y zona. Registre la razón de habitantes por Km2. Registre la estructura de la población

en la tabla 4 y grafique con estos datos la pirámide poblacional del municipio. Indique el porcentaje de población por grupos de edad: menor de 1 año, menor de 5 años, entre 5 y 14 años, entre 15 y 44 años, entre 45 y 64 años y de 65 años y más. En la tabla 5 escriba el valor de los indicadores demográficos especificando el año al que corresponden.

TABLA No 5. Población por sexo y edades quinquenales, municipio 2007

GRUPO POBLACIONAL	TOTAL	% GRUPO DE EDAD	MUJERES		HOMBRES	
	NO	%	N°	%	N°	%
> 1 AÑO	166	3,65%	71	1,56%	95	2,09%
1 – 4	367	8,08%	182	4%	185	4,07%
5 – 9	454	9,99%	225	4,95%	229	5,04%
10 – 14	519	11,42%	227	4,99%	292	6,42%
15 – 19	417	9,18%	191	4,20%	226	4,97%
20 – 24	266	11,62%	123	2,70%	143	3,14%
25 – 29	262		105	2,31%	157	3,45%
30 – 34	255	24,90%	114	2,50%	141	3,10%
35 – 39	263		140	3,08%	123	2,70%
40 – 44	225		111	2,44%	114	2,50%
45 – 49	213		105	2,31%	108	2,37%
50 – 54	210		111	2,44%	99	2,17%
55 – 59	190		97	2,13%	93	2,04%
60 – 64	201	16,18%	103	2,26%	98	2,15%
65 – 69	170		90	1,98%	80	1,76%
70 – 74	165		84	1,84%	81	1,78%
75 Y MÁS	199		106	2,33%	93	2,04%
TOTAL	4542	100%	2185	48,10%	2357	51,89%

FUENTE: Sisben 2007

Es importante destacar que en el municipio de Albania es más alto el número de hombre que equivale a 2.357 que de mujeres 2.185.

GRAFICO No 2. Pirámide poblacional del municipio 2007.

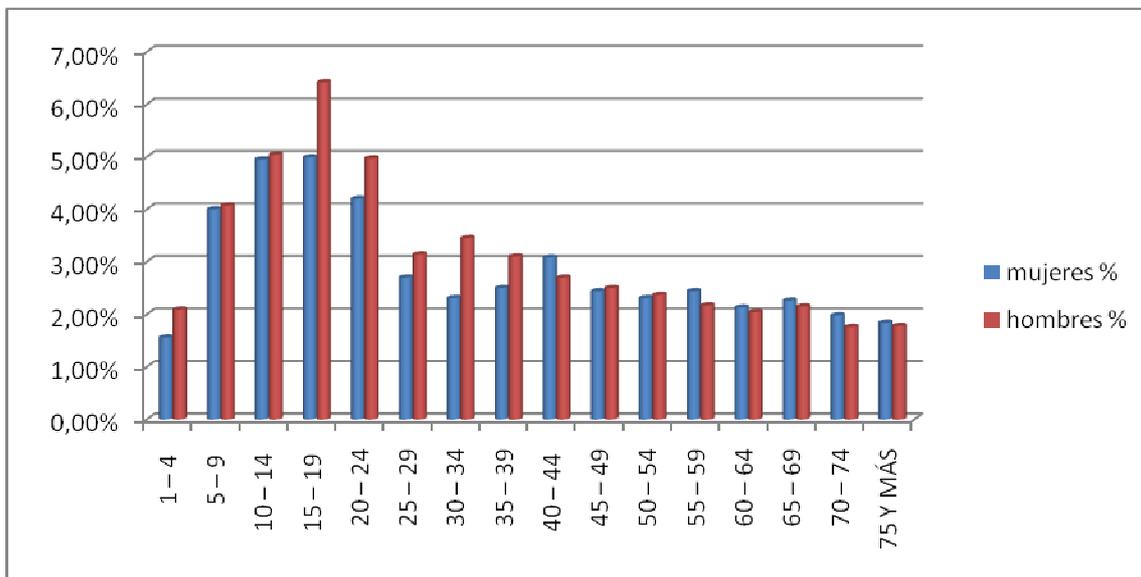


TABLA No 6. Indicadores de dinámica poblacional año 2006

TASA GENERAL DE FECUNDIDAD X 1.000 HAB	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA	TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL
36,4	0,0	0,0	0,0

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

INDICADOR	TASA
TASA BRUTA DE NATALIDAD (NACIMIENTOS POR 1000 HAB.)	462,35
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (NACIDOS VIVOS POR 1000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS)	36.4
TASA GENERAL DE MORTALIDAD (DEFUNCIONES POR 1000 HAB.)	627,9
TASA MORTALIDAD INFANTIL (DEFUNCIONES EN MENORES DE 1 AÑO POR 1000 NACIDOS VIVOS)	0.0

FUENTE: Observatorio de salud pública de Santander.

La tasa de fecundidad en el año 2006 fue del 36,4% y ésta se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido y la cantidad de población femenina en edad fértil.

No se presentaron casos de mortalidad neonatal temprana, tardía ni postneonatal lo que representa gran compromiso institucional por parte de la secretaria de salud y de la ESE municipal de primer nivel de complejidad.

Población en situación de desplazamiento.

Según estadísticas suministradas por el Departamento Nacional de Planeación entre 1999 y 2007 el municipio de Albania expulso 166 personas, 3 en el 2006 y 25 en el 2007 y en el mismo periodo el municipio no recibió personas desplazadas.

La alcaldía municipal mediante decreto 022 de 2005 reestructuró el comité de atención integral a la población desplazada y desprotegida pero no existe listado censal en el municipio que identifique esta población.

Educación.

En el sector educativo del municipio de Albania, la cobertura para el año 2007 es del 90.66% en los niveles de primaria, básica secundaria y media vocacional.

TABLA No 7. Cobertura del servicio educativo

VIGENCIA	POBLACION EN EDAD ESCOLAR DE 5 A 19 AÑOS	POBLACION ATENDIDA	DIFERENCIA ENTRE LA POBLACION OBJETO Y ATENDIDA	% COBERTURA
2004	1.257	1.018	239	80.99
2005	1.257	1.122	135	89.26
2006	1.328	1.197	131	90.14
2007	1.328	1.204	124	90.66

FUENTE: SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL – OFICINA ESTADISTICA

A través de los años se ha venido incrementando gradualmente la cobertura en educación y en el último año el déficit de cobertura fue del 9,34%.

TABLA No 8. Deserción Escolar 2007

INSTITUCION	NUMERO DE DESERTORES
COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS	10
COLEGIO INTEGRADO DE COMERCIO	19

EL HATILLO	
COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE	12
TOTAL	41

FUENTE: ADMINISTRACION MUNICIPAL

El 3,4% de la población estudiantil desertó durante el año 2007.

TABLA No 9. Cobertura Alimentación Escolar año 2007

INSTITUCION	NUMERO DE ALUMNOS
COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS	110
COLEGIO INTEGRADO DE COMERCIO EL HATILLO	205
COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE	120
TOTAL	435

FUENTE: ADMINISTRACION MUNICIPAL

La cobertura en alimentación del escolar para el año 2007 fue del 36,1%

TABLA No 10. Cobertura Transporte Escolar año 2007

INSTITUCION	NUMERO DE ALUMNOS
COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS	0
COLEGIO INTEGRADO DE COMERCIO EL HATILLO	82
COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE	82
TOTAL	164

FUENTE: ADMINISTRACION MUNICIPAL

La cobertura en transporte escolar para el año 2007 fue del 13,6% de 1.204 alumnos matriculados

Aspectos culturales

El Municipio de Albania, por pertenecer a la provincia de Vélez, la manifestación folclórica más importante es la guabina y el tiple, que año tras año se han visto reflejadas en sus festividades.

En el municipio se evidencia la pérdida de gran parte de las tradiciones (gastronómicas, musicales y de danza), producto, en buena parte, por la penetración de los medios audiovisuales (fundamentalmente radio y televisión). No obstante a lo anteriormente señalado se pueden identificar los siguientes aspectos importantes dentro del sector cultural:

- **Música:** en las veredas Utapa, Carretero, Hatillo y en la Cabecera Municipal la tradición musical se conserva en menor escala, a través de grupos de cuerda, además en algunas instituciones educativas se esta impartiendo instrucción musical en tiple y guitarra para promover y rescatar esta tradición.
- **Danza:** los bailes modernos han desplazado en gran medida a las danzas tradicionales de la región y es generalmente en las presentaciones de las actividades culturales de los centros educativos que sobresale el torbellino y la guabina.
- **Manualidades:** se destacan las manualidades de la comunidad de la vereda Salitre por sus trabajos de lazos en fique y panela.

Fiestas tradicionales: en el nivel veredal el día de la familia, San Isidro, Navidad con su novena de aguinaldos, misas en las veredas cada dos o tres meses. En el Corregimiento del Hatillo se celebra las ferias y fiestas “Cachoevenado”. En el casco urbano adicional a las anteriores fiestas se celebra Cristo Rey, el día del campesino y el festival del Renacer Albanense.

La realización de estas actividades culturales se logra gracias al aporte de la administración municipal, haciendo un gran esfuerzo junto con la ciudadanía para el recaudo de los dineros que luego se reinvertirán en la celebración de estos eventos, de aquí nace la creación mediante acuerdo municipal numero 012 de junio 2 de 2006 el Concejo Municipal de cultura como una instancia de articulación del ministerio de cultura, encargado de asesorar los temas relacionados con el desarrollo artístico-cultural del municipio y dirigir y coordinar la función cultural, de aplicar las normas y políticas trazadas por el Ministerio de la Cultura.

Debemos resaltar la labor de la Administración municipal en la realización anual del festival del retorno, la chicha y la chiripa en el Hatillo y las ferias y fiestas en el casco urbano.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

Indicadores generales

TABLA No 11. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

INDICADOR	%
HOGARES VIVIENDAS INADECUADAS	41.3%
HOGARES VIVIENDAS SIN SERVICIOS	38.2%

HOGARES CON HACINAMIENTO CRITICO	19.1%
HOGARES CON ALTA DEPENDENCIA ECONOMICA	65.2%
HOGARES CON AUSENTISMO ESCOLAR	9.3%

FUENTE: Secretaría de Salud Municipal

El 65% de los habitantes del municipio de Albania son hogares con alta dependencia económica y el 41% corresponde a viviendas inadecuadas.

Actividades económicas principales.

La economía del municipio depende de la producción agropecuaria, las explotaciones agrícolas son de subsistencia por lo cual carecen de transferencia tecnológica y la ganadería es extensiva lo que no permite un mayor número de animales por hectárea, que varía en tamaño de acuerdo al número de hectáreas de pasto, entre 1 a 2 vacas en las fincas menores de 5 hectáreas, de 8 - 10 vacas o más en fincas mayores de 5 hectáreas de 10 a 20 y en las mayores de 10 hectáreas, la producción de leche por vaca oscila entre 3 a 4.2 botellas, en un solo ordeño, dejando dos mamilas para el ternero, el cual se desteta con peso aproximado de 150 a 200 kilos.

Con el fin de mejorar el nivel de ingresos y la seguridad alimentaria de la comunidad, la alcaldía ha venido fomentando la explotación piscícola, facilitando la adquisición de alevinos como mojarra, carpa y cachama, incentivando mediante procesos de capacitación a los campesinos para que implementen la piscicultura en sus fincas.

Los ingresos de la mayoría de los agricultores son muy bajos, atribuidos a la carencia de productos alternativos y a la baja producción de los cultivos. Se infiere que el agricultor no invierte porque maneja una economía de los mínimos máximos y no de los máximos rendimientos, con el menor riesgo posible para no caer en el caos financiero, que tiene que ver que con los bajos ingresos que le sirven para subsistir. Hacen falta Agroindustrias para aprovechar mejor los cultivos y entregar productos.

TABLA No 12. Asociaciones, cooperativas y corporaciones

ASOCIACIONES	ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA
	ASOCIACIÓN DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA (ASOMUCAF)
	ASOCIACIÓN DE JUNTAS ACCIÓN COMUNAL
	ASOCIACIÓN DE MUJERES CAMPESINAS (NO ESTA ACTIVA)
COOPERATIVAS	PRECOOPERATIVA DE PEQUEÑOS AGRICULTORES DE ALBANIA
	PRECOOPERATIVA DE PEQUEÑOS PRODUCTORES DE ALBANIA
CORPORACIÓN	CORPORACIÓN ADMINISTRATIVA DE ACUEDUCTO (UTAPÁ, CORDONCILLAL)

	"TRIPLE A DE ALBANIA" EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE ALBANIA
	CORPORACIÓN AGROINDUSTRIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE ALBANIA - CADSA

FUENTE: EOT (2002)

Se puede decir que las instituciones y entes públicos son las que ejercen mayor influencia en la vida municipal con una participación tangencial de la comunidad organizada, destacando en ésta última las Juntas de Acción Comunal por su presencia histórica en las veredas.

Mercado laboral.

Población económicamente activa

De acuerdo a los datos del EOT (2002), los cuales se basan en las estadísticas del DANE, la población económicamente activa de Albania se encuentra conformada en un 79.4% por hombres y un 20.6% mujeres; de esta población el 40.7% son trabajadores independientes, el 36.7% son obreros o empleados, el 7.6% son trabajadores familiares sin remuneración, el 4.6% son patronos o empleadores, el 1.2% son trabajadores domésticos y no hay información del 9%.

En la cabecera municipal, el 44% de los hombres económicamente activos son empleados, el 22.6% trabajadores independientes, 26.3% son patronos o empleadores, empleados domésticos y trabajadores familiares sin remuneración no se presenta, no obstante en los últimos años un número de personas económicamente activas han ingresado al trabajo doméstico y no remunerado; y del 5.2% no hay información. Mientras en el sector rural el 34% son empleados, el 0.5% son trabajadores domésticos, el 45.6% son trabajadores independientes, el 7% son trabajadores en la familia sin remuneración, sólo el 3.7% son empleadores y del 8.7% no hay información.

Tanto en el sector rural como en el urbano, la fuerza laboral femenina tiene un comportamiento similar en cuanto a su participación en la economía como obreros o trabajadores independientes, aunque el trabajo familiar sin remuneración alcanza un porcentaje de 11.7% del total.

TABLA No 13. Distribución ocupacional de la P.E.A.

	SEXO	TOTAL MUNICIPIO	OBrero EMPLEADO	PATRÓN EMPLEADOR	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	EMPLEADA DOMESTICA	TRABAJA FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN	SIN INFORMACIÓN
TOTAL		928	341	43	378	11	71	84

CABECERA	HOMBRES	38	17	10	9	0	0	2
CABECERA	MUJERES	34	22	5	2	0	4	1
RURAL	HOMBRES	699	240	26	319	4	49	61
RURAL	MUJERES	157	62	2	48	7	18	20

FUENTE: EOT, 2002

SITUACION EN SALUD

Con el fin de identificar los diferentes factores condicionantes de la salud en el municipio de Albania, a continuación se describe su situación actual en aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención vigilancia y control de riesgos profesionales y emergencias y desastres.

SITUACION DE ASEGURAMIENTO

TABLA No 14. Cobertura de aseguramiento vigencia 2007

REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE AFILIADOS	% DE COBERTURA
REGIMEN CONTRIBUTIVO	352	7.74%
REGIMEN SUBSIDIADO	3.450	75.95%
SISBENIZADOS NO ASEGURADOS NIVELES 1 Y 2	740	16.29%
TOTAL	4.542	100%

FUENTE: Secretaria de Salud Municipal

La cobertura del aseguramiento en salud en la actualidad es del 75,95% evidenciando un déficit de cobertura en salud del 16.29% del total de la población.

Para lograr la cobertura universal es necesario adelantar acciones que consoliden y garanticen la sostenibilidad de la estructura de financiamiento y el mejoramiento de la focalización de los subsidios en armonía con las políticas nacionales y departamentales.

Es de resaltar que para atención integral en salud de la población pobre y vulnerable no cubierta en aseguramiento, el municipio cuenta con recursos del Sistema General de Participaciones SGP que garantizan una óptima prestación de servicios de salud en su jurisdicción.

TABLA No 15. Cobertura en régimen subsidiado en salud Vigencias 2004, 2005, 2006 y 2007

AÑO	NO AFILIADOS	COBERTURA
2004	2.261	49%
2005	3.019	66%
2006	3.337	73%
2007	3.450	75.95%

La cobertura en Régimen subsidiado tuvo un incremento significativo del 27% (1.189 nuevos afiliados) con respecto al año 2004 con una cobertura final en el año 2007 del 75.95%, cifra que incrementará sustancialmente en los próximos años teniendo en cuenta las políticas establecidas en el plan de desarrollo nacional relacionadas con universalización del régimen subsidiado para la población Sisbén 1 y 2 con el objetivo de lograr vincular a toda la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago al sistema general de seguridad social en salud cumpliendo siempre con los criterios de priorización establecidos en el acuerdo 244 de 2003 del consejo nacional de seguridad social en salud y las demás normas que lo adicionen o modifiquen.

En el Municipio se cuenta con la EPS- Subsidiada SOLSAUD quien tiene el 100% de los afiliados al Régimen Subsidiado generando insatisfacción de los usuarios debido a que no pueden escoger libremente la EPS-S a la que se quieren afiliar por existir solo una inscrita.

En la actualidad el funcionario de la secretaria de salud realiza las interventorias a los contratos de Régimen Subsidiado de manera bimensual cumpliendo con las directrices establecidas por la Secretaria de Salud Departamental.

La base de datos del Régimen Subsidiado es validada por la Secretaria de Salud Departamental de manera mensual en donde se evidencian las diferentes inconsistencias y duplicidades a ser depuradas por el municipio; a su vez esta misma base de datos es validada por el FIDUFOSYGA de manera semestral y su porcentaje de validación depende el giro de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA al Municipio, por lo tanto es indispensable que se depure al 100% la base de datos para garantizar sostenibilidad financiera y prestación de servicios de salud óptimos.

En cuanto al giro oportuno de los recursos a la EPS-S SOLSALUD éste depende en su gran mayoría de la fecha de recibido de la facturación puesto que generalmente llega extemporánea generando de ésta manera pagos inoportunos en ningún momento por negligencia municipal.

SITUACION DE PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

En los últimos años la cobertura en el sistema general de seguridad social en salud ha incrementado significativamente al igual que la garantía en la prestación de los servicios de salud por medio de la Empresa Social del Estado Blanca Alicia Hernández.

Esta Empresa Social de Estado cuenta con la siguiente infraestructura propia : dos centros de salud ubicados uno en la zona urbana y otro en el Hatillo cada uno con su respectiva ambulancias en donde se prestan los servicios de medicina general y odontología al igual que los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 5 puestos de salud ubicados en Guacos, la Mesa, Sabaneta, Utapá en donde se prestan exclusivamente los servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y el de carretero que se encuentra cerrado.

Es de resaltar que esta ESE ofrece a toda la población brigadas de salud con el objetivo de incrementar las coberturas tanto nacionales como departamentales y municipales y a la vez contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población en general.

En cuanto al funcionamiento de la oficina de Servicio de Atención a la Comunidad SAC y a la oficina de servicio de información y atención al usuarios SIAU, éstas están creadas por acto administrativo y las personas encargadas son el Dr Manuel Ovalle y la aux Luz Miriam Hernández respectivamente quienes manifiestan que los usuarios presentan quejas verbales por la asignación de citas médicas tardías pero este inconveniente se debe a que las Empresas Promotoras de salud del Régimen Subsidiado así lo exigen a pesar de que las citas se dan telefónicamente para evitar el desplazamiento.

CAPACIDAD INSTITUCIONAL

TABLA No 16. Instituciones y aseguradores de salud disponibles en el municipio

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD		NO.
IPS PRIVADAS		0
- PRIMER NIVEL		0
- SEGUNDO NIVEL		0
- TERCER NIVEL		0
IPS PÚBLICA		1
- PRIMER NIVEL		1
- SEGUNDO NIVEL		0
- TERCER NIVEL		0
CENTROS DE SALUD		2
PUESTOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN		5
IPS MIXTAS	1ER NIVEL	0
	2º NIVEL	0
	3ER NIVEL	0
EMPRESAS ASEGURADORAS		

EPS CONTRIBUTIVAS:	1
EPS SUBSIDIADAS: SOLSALUD	1
ENTIDADES ADAPTADAS:	0

FUENTE: Secretaria de Salud Municipal

RECURSO HUMANO EN SALUD

TABLA No 17. Personal de salud disponible en el municipio

PERSONAL DE SALUD	TOTAL
MÉDICOS	2
ODONTÓLOGOS	1
BACTERIÓLOGOS	0
NUTRICIONISTA	0
ENFERMERAS	0
TÉCNICO DE SANEAMIENTO	1
PROMOTOR DE SALUD	6
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	3
FISIOTERAPEUTA	0
OTROS:	0

Fuente: Secretaria de Salud Municipal

La ESE cuenta con personal capacitado e idóneo para ofrecer a sus clientes una prestación de servicios de salud acorde al nivel de complejidad.

SITUACION EN SALUD PÚBLICA

Éste diagnóstico busca identificar los diferentes factores de riesgo determinantes que influyen sobre el estado de salubridad de la población. Por esta razón a continuación se describe la situación actual en materia de salud pública:

ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

MORBILIDAD ATENDIDA BASADA EN REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – RIPS –

TABLA No 18. Morbilidad por consulta externa, vigencia 2004 – 2006 (Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSA	2004				2005				2006			
	ORDEN	N°	%	TASA	ORDEN	N°	%	TASA	ORDEN	N°	%	TASA
P.P.I.	3	735	14.72	16.182,2	2	772	8.6	16.996,9	2	765	11.82	16.842,8
POLIARTRALGIAS	2	846	16.94	18.626,1	3	635	7.1	13.980,6	3	580	8.96	12.769,7
GASTRITIS AGUDA	6	257	5.14	5.658,3	4	503	5.6	11.074,4	5	357	5.51	7.859,9
ENF. CARDIOVASC.	5	429	8.60	9.445,1	5	438	4.9	9.643,3	4	412	6.37	9.070,8
CEFALEAS	8	142	2.84	3.126,3	6	343	3.8	7.551,7	7	225	3.48	4.953,7
INFECCION URINARIA	9	135	2.70	2.972,2	7	308	3.45	6.781,1	9	168	2.59	3.698,8
ENF. VIRALES	10	96	1.92	2.113,6	8	293	3.28	6.450,9	10	159	2.45	3.500,6
ENF. DE LA PIEL	4	642	12.86	14.134,7	9	290	3.25	6.384,8	6	302	4.66	6.649,0
I.R.A.	7	158	3.17	3.478,6	10	246	2.75	5.416,1	8	175	2.70	3.852,9
E.D.A.	11	51	1.022	1.122,8	11	222	2.48	4.887,7	11	105	1.62	2.311,7
OTRAS CAUSAS	1	1371	27.64	30.184,9	1	4871	54.6	107.243,5	1	3224	49.81	70.981,9
TOTAL	-	4992	100%	-	-	8921	100%	-	-	6472	100%	-

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

Durante la vigencia 2004-2006 la principal causa de morbilidad por consulta externa esta relacionada con otras causas sin especificación, seguida de poliparasitismo intestinal, y es importante destacar que la morbilidad por enfermedades cardiovasculares en los años 2004 y 2005 ocupaban el 5 lugar, sin embargo en el último año es decir en el 2006 ocupa el cuarto lugar, lo que quiere decir que se han incrementado los casos por enfermedades crónicas.

Mientras la Enfermedad Diarreica Aguda se ha mantenido en el onceavo lugar de las principales causas en los tres últimos años, la Infección Respiratoria Aguda disminuyo en el año 2006 con relación al año 2005.

TABLA No 19. Morbilidad por urgencias vigencia 2004 - 2006 (Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSA	2004				2005				2006			
	ORDEN	N°	%	TASA	ORDEN	N°	%	TASA	ORDEN	N°	%	TASA
POLIARTRALGIAS	2	36	14.06	792,6	7	108	6.36	2.377,8	2	47	18.28	1.034,7
GASTRITIS AGUDA	7	22	8.60	484,3	8	104	6.12	2.289,7	1	96	37	2.113,6
ENF. CARDIOVASC.	9	10	3.90	220,1	10	25	1.47	550,4	7	8	3.11	176,1
E.D.A.	8	12	4.68	264,2	4	215	12.66	4.733,5	8	6	2.33	132,1
CEFALEAS	1	53	20.70	1.166,8	5	119	7.00	2.619,9	3	32	12.45	704,5
I.R.A.	6	23	8.98	506,3	9	58	3.41	1276,9	9	5	1.94	110,0
INFECCION	5	30	11.72	660,5	6	110	6.47	2.421,8	6	13	5.05	286,2

URINARIA												
ACCIDENTES DE TRABAJO	3	36	14.06	792,6	3	215	12.66	4.733,5	5	22	8.56	484,3
CRISIS HIPERTENSIVAS	-	-	-	-	2	219	12.89	4.821,6	-	-	-	-
OTRAS CAUSAS	4	34	13.28	748,5	1	306	18.02	6.737,1	4	28	10.89	616,4
TOTAL	-	256	100%	-	-	1698	100%	-	-	257	100%	-

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

Se continúan presentando casos por enfermedades cardiovasculares y se observa una tendencia al incremento en el último año.

Es de resaltar que en los tres últimos años se han presentado casos por accidentes de trabajo, encontrando en el último año 22 casos lo que denota que los trabajadores no cuentan con normas de bioseguridad en sus sitios de trabajo así como tampoco con afiliación a ARP.

Se presentaron 6 casos de EDA y 5 de IRA por urgencias equivalentes al 2%, sin embargo no se ha presentado mortalidad por estos eventos pero se deben tomar las medidas pertinentes para disminuir el número de casos.

TABLA No 20. Morbilidad por hospitalización vigencia 2004 – 2006 (Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSA	2004				2005				2006			
	ORDEN	N°	%	TASA	ORDEN	N°	%	TASA	ORDEN	N°	%	TASA
PARTO NORMAL	1	39	48,75%	858,6	1	44	52,4	968,7	5	35	6,79	770,5
DOLOR LUMBAR	2	13	16,25%	286,2	2	10	11,9	220,1	7	21	4,07	462,3
NEUMONÍA	6	5	6,25%	110,0	8	1	1,2	22,1	6	22	4,27	484,3
EDA INFECCIOSA	5	6	7,5%	132,1	7	5	5,95	110,0	1	128	24,85	2.818,1
DOLOR ABDOMINAL	4	7	8,75%	154,1	4	6	7,14	132,1	5	45	8,73	990,7
CELULITIS	3	10	12,5%	220,1	3	7	8,33	154,1	3	82	15,92	1.805,3
GASTRITIS AGUDA		-	-	-	5	6	7,14	132,1	4	76	14,75	1.673,2
CEFALEA		-	-	-	6	5	5,95	110,0	2	106	20,5	2.333,7
TOTAL		80	100%	-	-	84	100%	-	-	515	100%	-

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

Es importante resaltar que la principal causa de morbilidad por egreso hospitalario en la vigencia 2006 correspondió a la Enfermedad Diarreica aguda con el 25% mientras en el 2005 correspondio a parto normal.

En el último año, en los tres tipos de consulta (consulta externa, urgencias y hospitalización) se evidencia la incidencia de enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda en todos los grupos poblacionales generando la necesidad apremiante de fortalecer la prevención integral con el ánimo de disminuir su incidencia.

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

TABLA No 21. Enfermedades transmitidas por vectores VIGENCIA 2004 – 2006

TIPO DE ENFERMEDAD	2004		2005		2006	
	CASOS	TASA X 100.000 HAB	CASOS	TASA X 100.000 HAB	CASOS	TASA X 100.000 HAB
DENGUE CLÁSICO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DENGUE HEMORRÁGICO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
FIEBRE AMARILLA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MALARIA TODAS LAS FORMAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CHAGAS TOTAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LEISHMANIA TOTAL	2	27,6	1	13,8	1	23,3

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

En los años 2004, 2005 y 2006 solo se han presentado casos por leishmaniasis con una tasa en el último año de 23,3 por 100.000 hab.

TABLA No 22. Enfermedades inmunoprevenibles vigencia 2004 – 2006

TIPO DE ENFERMEDAD	2004		2005		2006	
	CASOS	TASA X 100.000 HAB	CASOS	TASA X 100.000 HAB	CASOS	TASA X 100.000 HAB
VARICELA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MENINGITIS BACTERIANA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SARAMPIÓN	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RUBÉOLA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PARÁLISIS FLÁCIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEPATITIS A	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEPATITIS B	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

Durante la vigencia 2004 – 2006 no se presentaron casos por enfermedades inmunoprevenibles.

TABLA No 23. Otros eventos de interés en salud pública vigencia 2006

TIPO DE EVENTO	2004		2005		2006	
	NO CASOS	TASA X 100.000 HAB	NO CASOS	TASA X 100.000 HAB	NO CASOS	TASA X 100.000 HAB
SÍFILIS GESTACIONAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SÍFILIS CONGÉNITA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ACCIDENTE OFÍDICO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TBC TODAS LAS FORMAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LEPRA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VIH SIDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
INTOXICACIONES	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

No se presentaron casos de VIH-SIDA, Sífilis gestacional y congénita, intoxicaciones alimentarias, accidente ofídico, TBC ni lepra y en general en lo relacionado a otros eventos de interés en salud pública encontramos que en los últimos años no se han presentado casos.

MORTALIDAD GENERAL

TABLA No 24. Mortalidad general por grupos de edad años 2005-2006

GRUPO DE EDAD	AÑO 2005		AÑO 2006	
	NO DE MUERTES	TASA X 100.000	NO DE MUERTES	TASA X 100.000
FETALES	1	2.000,0	2	4.000,0
MENORES DE 1 AÑO	2	65.747,4	0	0,0
DE 1 A 4 AÑOS	0	0,0	0	0,0
DE 5 A 14 AÑOS	0	0,0	0	0,0
DE 15 A 44 AÑOS	5	173,8	2	121,8
DE 45 A 64 AÑOS	3	141,9	5	593,8
MAYORES DE 65 AÑOS	23	2.060,2	18	2.880,0
TOTAL MUERTES	33	455,0	27	627,9

FUENTE: observatorio de salud pública de Santander

En el año 2005 y 2006 se presentaron muertes fetales con un incremento en la tasa de 2.000,0 a 4.000,0 x 1.000 NV en el último año.

Mientras en el año 2005 se presentaron 2 muertes en menores de un año, en el 2006 no se presento ninguna muerte.

La tasa mas alta de mortalidad se encuentra en la población de la tercera edad.

TABLA No 25. Mortalidad según grupos de causa lista OPS AÑOS 2005 - 2006

CAUSA	AÑO 2005		AÑO 2006	
	MUERTES	TASA X 100.000 HAB	MUERTES	TASA X 100.000 HAB
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2	27,5	0	0,0
NEOPLASIAS (TUMORES)	1	13,7	3	69,8
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	9	124,1	11	255,8
AFECCIONES PERINATALES TASA X 1.000 NV	2	656,3	1	35,7
ACCIDENTES HOMICIDIOS Y SUICIDIOS	6	82,7	3	69,8
DIVERSAS ENFERMEDADES	4	55,1	5	116,3
SÍNTOMAS SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1	13,7	3	69,8
TOTAL DE CAUSAS	24	330,9	27	627,9
MORTALIDAD MATERNA X 1.000 NV	0	0,0	0	0,0
MORTALIDAD POR EDA >5 AÑOS X 1.000	0	0,0	0	0,0
MORTALIDAD POR IRA >5 AÑOS X 1.000	0	0,0	0	0,0

FUENTE: Observatorio de salud Publica de Santander

A pesar de la frecuencia en Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda por los diferentes tipos de consulta, no se han presentado casos de mortalidad por estos eventos de interés en salud pública.

En el Municipio de Albania en la vigencia 2006 no se evidenciaron casos de mortalidad por enfermedades transmisibles ni mortalidad materna, mientras que en el 2005 hubo dos muertes por enfermedades transmisibles.

La tasa mas alta de mortalidad es la relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles como Enfermedades Cardiovasculares.

TABLA No 26. Indicadores demográficos salud AÑO 2006

TASA GENERAL DE FECUNDIDAD X 1.000 HAB
36,4

FUENTE: Observatorio de Salud Pública de Santander

La tasa de fecundidad en el año 2006 fue del 36,4% y ésta se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido y la cantidad de población femenina en edad fértil.

SITUACION DE LEPRO Y TUBERCULOSIS

TABLA No 27. Indicadores del programa de Lepra y Tuberculosis 2006

PROGRAMA	CONSULTA A SINTOMÁTICOS	BACILOSCOPIAS SOLICITADAS	Nº DE CASOS POSITIVOS	Nº DE CASOS EN TTO.	
				NUEVOS EL AÑO	TOTAL
LEPRA	0	0	0	0	0
TUBERCULOSIS	1334	195	0	0	0

FUENTE: E.S.E. Municipal – (Consulta médica de primera vez en todas las causas a mayores de 15 años).

En el año 2006 no se presentaron casos de lepra ni tuberculosis

TABLA No 28. Estado nutricional de menores de cinco años vigencia 2006

EDAD	POBLACIÓN	DESNUTRICIÓN AGUDA	DESNUTRICIÓN CRÓNICA	DESNUTRICIÓN GLOBAL
< 1 AÑO	92	3%	5%	8%
< 5 AÑOS	652	18%	18.23%	36.23%

FUENTE: Secretaría de Salud de Santander

En la población menor de 1 año se evidencia una desnutrición global del 8% y en menores de 5 años del 36,23%, el riesgo de desnutrición para los tres indicadores en niños menores de uno y cinco años es bastante alto, siendo esto el punto más importante a intervenir y disminuir, al ser la población más vulnerable del sistema de vigilancia y atención nutricional.

TABLA No 29. Cobertura de vacunación en niños menores de un año y de un año vigencia 2005 – 2006

BIOLOGICO	AÑO 2005		AÑO 2006	
	POBLACION ESTIMADA	COBERTURA	POBLACION ESTIMADA	COBERTURA
ANTIPOLIO VOP (3ª DOSIS)	169	53,2	174	42,5%

DPT (3ª DOSIS)	169	52,6	174	42,5%
BCG (ÚNICA DOSIS)	169	23,6	174	21,3%
ANTIHEPATITIS B (3ª DOSIS)	169	52,6	174	42,5%
ANTI H.I.B (3ª DOSIS)	169	52,6	174	42,5%
TRIPLE VIRAL (ÚNICA DOSIS)	165	53,9	170	39,4%

FUENTE: Observatorio de Salud de Santander

Mientras en el 2005 la cobertura estuvo en promedio en el 52% en el año 2006 encontramos coberturas inferiores al 50% en todos los biológicos probablemente esta cobertura tan baja se debe a que la población estimada no corresponde a la real, teniendo en cuenta que la natalidad ha disminuido notablemente en los últimos años.

Sin embargo es importante generar estrategias interinstitucionales que garanticen una mejor cobertura en vacunación en todos los biológicos para menores de 1 y de 1 año.

TABLA No 30. Cobertura en planificación familiar vigencia 2006

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	POBLACIÓN ATENDIDA	
		1ª VEZ EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO.
PLANIF. FAMILIAR (15 – 49 AÑOS)	1.110	520	46.88
CA. CERVIZ (25 – 69 AÑOS)	915	740	80.78

FUENTE: Secretaría de Salud Municipal

En planificación familiar durante la vigencia 2006 se obtuvo una cobertura del 46,88% y para cáncer de cerviz 80,78%.

SITUACION DE LA PROMOCION SOCIAL

SITUACION ACTUAL

En el marco de la promoción social, resulta fundamental trascender la atención de cada uno de los grupos poblacionales como lo son la infancia, la adolescencia, juventud, la mujer, la tercera edad y población desplazada entre otros, en situación de vulnerabilidad social y se hace necesario activar procesos de participación y desarrollo teniendo en cuenta que la garantía de los derechos es una obligación ineludible de la familia la sociedad y el estado.

En consecuencia en los últimos años se han creado los siguientes espacios de participación interinstitucional:

El consejo municipal de política social quien se encuentra organizado y funciona para la selección de beneficiarios de programas de interés social pero no esta institucionalizado mediante acto administrativo.

La Red Social de Apoyo en el Municipio de Albania busca fomentar el buen trato en el ámbito familiar, comunitario, social e institucional y es un sistema organizado, abierto y participativo, que articula saberes, prácticas, competencias institucionales y comunales a través de una relación horizontal para alcanzar objetivos comunes y la optimización de recursos para la planeación y ejecución de acciones dirigidas a la promoción, atención y recuperación en Violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual en menores y embarazos en adolescentes, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, de imposible solución individual. Esta red en la actualidad se encuentra integrada por representantes de las diferentes instituciones y fuerzas vivas del Municipio y a su vez ha venido desarrollando diferentes actividades como el manejo de la ruta critica y notificación obligatoria para los casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual logrando de esta manera identificar 54 casos de violencia intrafamiliar en niños y niñas menores de 6 años equivalente al 7.44% del total de niños y niñas menores de 6 años (725 niños y niñas), y 14 casos de consumo de alcohol y drogadicción en menores de edad.

Mediante decreto 010 de 2004 se creó el comité Municipal empresarial cuya función central es la de contribuir a la definición, formulación y ejecución de programas de promoción de microempresas, sin embargo en la actualidad se evidencia que dicho comité no se encuentra funcionando, por lo tanto se recomienda su reactivación para fortalecer la empleabilidad y el emprendimiento en el municipio.

En cuanto a la política nacional de construcción de la paz y convivencia familiar HAZ PAZ ésta deberá implementarse con el fin de prevenir y atender la violencia intrafamiliar orientada a apoyar a los individuos, a las familias y a las comunidades en su misión de transmitir principios y valores democráticos y de convivencia, así como dotar a los núcleos básicos de la comunidad de los instrumentos apropiados para resolver los conflictos de forma pacífica, incrementar y cualificar la prestación de servicios a las familias en conflicto y a las víctimas de violencia intrafamiliar a través del trabajo articulado de las instituciones por medio de la res social de apoyo.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En cuanto a la garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia, el municipio de Albania, desde el año 2005 ha venido desarrollando estrategias encaminadas a intervenir sobre los ejes relacionados con mortalidad materna e infantil, salud sexual y reproductiva y protección; sin embargo para dar cumplimiento a la normatividad vigente y a las necesidades poblacionales en materia de infancia y adolescencia es indispensable profundizar más en el tema focalizando el trabajo en torno a las 8 prioridades que corresponden a los derechos establecidos en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia y en la Convención sobre los derechos del niño: salud materna, salud infantil, nutrición, salud sexual y reproductiva, agua potable y saneamiento básico, registro civil, educación, y restablecimiento de los derechos vulnerados. Dicha estrategia deberá estar encaminada a promover a nivel local el mejoramiento de las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia en el marco de la garantía de los derechos humanos, con prevalencia en los derechos de la niñez y la adolescencia.

TABLA No 31. Grupo poblacional de infancia y adolescencia vigencia 2007

GRUPO ETAREO	NO NINOS	NO NINAS	TOTAL	%
0 A 12 AÑOS(INFANCIA)	679	614	1.293	28,47
13-18 AÑOS (ADOLESCENCIA)	312	247	559	12,31
TOTAL	991	861	1.853	40,78%

FUENTE: SISBEN

El 28,47% del total de la población es infantil y el 12,31% adolescente, dicha población tiene acceso los siguientes programas de bienestar social:

- Programa de desayunos infantiles que beneficia a 115 niños menores de 5 años de nivel 1 del SISBEN.
- Restaurante escolar que beneficia a 360 estudiantes.
- Desayunos escolares que benefician a 87 estudiantes.
- Programa FAMI que beneficia a 28 madres (entrega de mercado mensual).
- Población rural dispersa que beneficia a 150 familias.
- Jardines infantiles que beneficia a 36 niños
- Programa VIDA para beneficio de 660 estudiantes.
- Programa familias en acción que benefician a 258 familias nivel 1

Según estadísticas de la vigencia 2007 se presentaron 54 casos de violencia infantil en población menor de 6 años con una incidencia del 0,74%, cifra considerablemente alta que requiere de una intervención eficaz por medio de la promoción la salud mental de la población infantil y prevención del impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades de esta localidad.

Del total de nacidos vivos reportados en el año 2006 (35 nacidos vivos) el 11,42% equivalente a 4 casos son de madres adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y teniendo en cuenta que el embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer, limitan las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, afectan la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas, se hace necesario la coordinación intersectorial e interinstitucional por medio de la red social de apoyo para fortalecer la política pública en salud sexual y reproductiva con el fin de disminuir el porcentaje de embarazos en adolescentes y mejorar la calidad de vida de esta población.

En cuanto a estadística del Menor Trabajador en Condiciones no Autorizadas por la Ley no se están manejando datos en la fichas epidemiológicas entregadas por la secretaria de salud de Santander, sin embargo encontramos población infantil dedicada al trabajo informal en las fincas y algunas niñas se desplazan a otros municipios para trabajar como empleadas domésticas.

JUVENTUD.

Teniendo en cuenta que el joven tiene derecho a la protección y a la formación integral, el estado, la sociedad y la familia deben garantizar la participación activa en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud, por esta razón es importante para la integración y buen desarrollo de la juventud del municipio, tanto para el área rural como urbana, fortalecer la asociatividad y cohesión como el consejo municipal de juventudes y grupos juveniles veredales y urbanos, ya que estos tiene como objeto crear sentido de pertenencia y participación de los jóvenes en las actividades del municipio en lo referente a lo deportivo, cultural, social y productivo.

TABLA No 32. Grupo poblacional juvenil vigencia 2007

GRUPO ETAREO	NO HOMBRE	NO MUJERES	TOTAL	%
13 - 26 AÑOS	556	446	1002	22,06

FUENTE: SISBEN

Es importante destacar que la población JUVENIL del municipio equivale a un 22,06 % en edades que oscilan entre los 13 a 26 años, edad en la cual van terminando sus estudios escolares y están próximos a abandonar el municipio ya sea por razones de educación superior, trabajo o simplemente por que su grupo familiar debe buscar el mejoramiento en la calidad de vida, se hace necesario, captar por medio de programas que generen estabilidad a estas familias y en especial a la población juvenil, para evitar la migración y fortalecer el espacio socio económico del municipio de Albania.

Durante la vigencia 2007 se reportaron 14 casos de consumo de alcohol en menores de edad a pesar de las diferentes actividades que se desarrollan por medio del PAB Municipal.

ADULTO MAYOR.

TABLA No 33. Población adulto mayor vigencia 2007

GRUPO ETAREO	NO HOMBRES	NO MUJERES	TOTAL	%
> 60 AÑOS	352	383	735	16,18

FUENTE: SISBEN 2007

La población del adulto mayor corresponde al 16, 18% de la población total quienes tienen acceso a los diferentes programas sociales como el programa nacional para la protección social al adulto mayor que beneficia a 128 adultos con apoyo en dinero y el programa Juan Luis Londoño de la cuesta con beneficio para 171 adultos mayores, por lo tanto la cobertura en programas sociales para el adulto mayor es del 40,68% quedando al descubierto el 59,32% del total de los adultos mayores en el Municipio.

En la actualidad esta población no cuenta con asociaciones ni agremiaciones, así como tampoco espacios de participación, la mayoría de la población adulta mayor se dedica a las labores agrícolas y del hogar.

La alcaldía municipal a través de los años ha venido apoyando a la Fundación el Eden de la Esperanza que acoge a 52 adultos abandonados y enfermos.

MUJERES.

En la actualidad existen 1.032 mujeres cabeza de familia equivalente al 24% del total de la población, en la actualidad no se están manejando programas ni proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de esta población.

Hace algunos años se desarrolló un programa para cría de pollos que beneficiaba a las mujeres cabeza de familia pero éste no funcionó.

POBLACION DESPLAZADA.

Según estadísticas suministradas por el Departamento Nacional de Planeación entre 1999 y 2007 el municipio de Albania expulso 166 personas, 3 en el 2006 y 25 en el 2007 y en el mismo periodo el municipio no recibió personas desplazadas.

La alcaldía municipal mediante decreto 022 de 2005 reestructuró el comité de atención integral a la población desplazada y desprotegida pero no existe listado censal en el municipio que identifique esta población.

POBLACION CON DISCAPACIDAD.

El Municipio de Albania en la actualidad, según el censo DANE 2005 tiene una tasa de prevalencia de discapacidad relacionada con aprendizaje y aplicación de conocimientos, movilidad, comunicación y tareas generales y auto cuidado del 16.72%, el 6,3% pertenecen a la zona urbana y el 93,7% a la zona rural, dicha población no se encuentra identificada dada la carencia de registros sistemáticos de información que permitan establecer datos mas específicos ,sin embargo con base en los resultados generales del Censo de Población y

Vivienda 2005 adelantado por el Departamento Nacional de Estadística, en el año 2008 se aplicarán una serie de encuestas dirigidas a esta población con el ánimo de priorizar las diferentes necesidades y de esta manera establecer programas y proyectos dado que las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social que les impide ejercer sus derechos y libertades al igual que el resto, haciéndoles difícil participar plenamente en las actividades ordinarias de las sociedades en que viven.

SITUACION EN RIESGOS PROFESIONALES

A continuación se evidencia el comportamiento en los últimos años relacionados con los accidentes de trabajo.

TABLA No 34. Accidentes de trabajo vigencia 2004-2006

CAUSA	2004			2005			2006		
	N°	%	TASA	N°	%	TASA	N°	%	TASA
ACCIDENTES DE TRABAJO	36	14.06	792,6	215	12.66	4.733,5	22	8.56	484,3

FUENTE: secretaria de salud Municipal

.Según estadísticas entregadas por la ESE Municipal, durante los últimos años se han presentado casos por accidentes de trabajo, pero no se cuenta con estadísticas para determinar si la población trabajadora esta afiliada a la ARP o se este transfiriendo el riesgo a las aseguradoras sin tener en cuenta que la responsabilidad recae sobre los empleadores quienes deben garantizar la seguridad social integral de sus trabajadores.

SITUACION EN PREVENCION Y ATENCION A DESASTRES

En el Municipio se encuentra conformado y en funcionamiento el CLOPAD Comité Local de prevención y Atención a Desastres.

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE IDENTIFICACION DE PROBLEMAS EN SALUD

SALUD	EXISTE POBLACION QUE AUN NO SE ENCUENTRA VINCULADA AL REGIMEN SUBSIDIADO
	REALIZACION DE BRIGADAS DE SALUD DIRIGIDO A LA POBLACION DEL AREA RURAL
	LA COMUNIDAD SE ENCUENTRA MAL SELECCIONADA EN CUANTO AL PUNTAJE OTORGADO POR EL SISBEN
	EXISTE MALA PRESTACION DEL SERVICIO DE ARS DEBIDO A QUE NO HAY PLURIDAD DE EMPRESAS
	HAY GRAN DIFICULTAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL DEBIDO A QUE EL HOSPITAL DE VELEZ SE ENCUENTRA MUY DISTANTE DEL MUNICIPIO
	LA INFRAESTRUCTURA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE ENCUENTRAN EN MUY MAS ESTADO

PRIORIZACION DE PROBLEMATICAS SEGÚN DIAGNOSTICO

SECTOR	PROBLEMÁTICA
SALUD	<ol style="list-style-type: none">1. La cobertura del aseguramiento en salud en la actualidad es del 75,95% evidenciando un déficit de cobertura en salud del 16.29% del total de la población.2. Las principales causas de morbilidad por consulta externa están relacionadas con poliparasitismo intestinal con un 12% de incidencia, enfermedades cardiovasculares con una incidencia del 6%, infección respiratoria aguda IRA 3% y enfermedad diarreica aguda EDA 2% en todo los grupos etáreos.3. Las principales causa de morbilidad por urgencias son la gastritis aguda con un 37%, seguida de poliartralgias con un 18% y cefaleas en el tercer lugar con un 13% del total de consultas en todos los grupos etáreos.4. la principal causa de morbilidad por egreso hospitalario

en la vigencia 2006 correspondió a la Enfermedad Diarreica aguda con el 25% seguido de cefalea 20% y celulitis no especificada con el 16%.

5. Durante la vigencia 2006 se presentaron 2 muertes fetales con una tasa del 4.000,00 por cien mil habitantes.
6. La tasa más alta de mortalidad en el año 2006 es la relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles como Enfermedades Cardiovasculares (tasa del 255,8 x 100.000 hab).
7. Durante la vigencia 2006 se presentó un caso de leishmaniasis con una tasa de 23,3 por cien mil habitantes.
8. En lo relacionado a otros eventos de interés en salud pública encontramos que la principal causa es la Infección Respiratoria Aguda con una tasa de 1.534,9 por cien mil habitantes seguida de la Enfermedad Diarreica Aguda con una tasa de 883,7 por cien mil habitantes
9. En la población menor de 1 año se

	<p>evidencia una desnutrición global del 8% y en menores de 5 años del 36,23%</p> <p>10. Encontramos coberturas inferiores al 50% en todos los biológicos probablemente por que la tasa de natalidad a disminuido en los últimos años.</p> <p>11. En planificación familiar durante la vigencia 2006 se obtuvo una cobertura del 46,88% y para cáncer de cerviz 80,78%.</p>
<p>PROMOCION SOCIAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta fortalecer la red social de apoyo y el consejo municipal de política social. 2. No se ha Implementado la política Municipal de construcción de la paz y convivencia familiar HAZ PAZ 3. Existen 54 casos de violencia infantil a menores de 6 años. 4. Se presentaron 4 casos de embarazos en madres adolescentes. 5. encontramos población infantil dedicada al trabajo informal en las fincas y algunas niñas se desplazan a otros municipios para trabajar como empleadas

	<p>domésticas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 14 casos de consumo de alcohol en población juvenil. 7. La población adulta mayor no cuenta con espacios de participación ni con asociaciones y agremiaciones. 8. No existen programas especiales para mujeres. 9. Existe población discapacitada pero no esta identificada ni hay programas especiales para esta población
<p>RIESGOS PROFESIONALES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el año 2006 se presentaron 22 casos por accidentes de trabajo
<p>PREVENCION Y ATENCION A DESASTRES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta capacitar a población en temas relacionados con prevención y atención a desastres.

CONCERTACION DE NESECIDADES MÁS SENTIDAS DE LA COMUNIDAD.

PROBLEMAS	CAUSAS	EFFECTOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	RESPONSA BLE
DESNUTRICI ÓN	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Escasez de recursos económicos. ⊕ Mala preparación de los alimentos. ⊕ Baja calidad de vida. ⊕ Deficiencia de nutrientes en la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Retardo psicomotriz. ⊕ Anomalías Nutricionales. ⊕ Raquitismo. ⊕ Presencia de enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Dietas balanceadas. ⊕ Educación en la manipulación y preparación de los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal . ⊕ Sector Salud. ⊕ Sector Educación. ⊕ Padres de familia.
FACTORES DE RIEGO CARDIOVAS CULAR	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Problemas en la alimentación. ⊕ sedentarismo. ⊕ Poca frecuencia a controles médicos. ⊕ Hipertensión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Riesgo a taquicardias. ⊕ Paros cardiacos. ⊕ Mal funcionamiento del corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Mejorar los hábitos alimenticios con educación. ⊕ Fomentar el deporte en la población. ⊕ Promover las visitas a control médico. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal . ⊕ Sector Salud. ⊕ Sector Educación. ⊕ Comunidad en general.

<p>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Machismo en el Hogar. ⊕ Falta de tolerancia. ⊕ Escasez en la educación y la cultura. ⊕ Alcoholismo. ⊕ Infidelidad. ⊕ Promiscuidad en los adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Maltrato físico. ⊕ Desintegración familiar. ⊕ Abandono del hogar. ⊕ Trastornos psicológicos. ⊕ Disminución en la calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Educar en relaciones de pareja. ⊕ Tolerancia. ⊕ Manejo adecuado de la autoridad en el hogar. ⊕ Fortalecimiento del núcleo familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal · ⊕ Sector Salud. ⊕ Sector Educación. ⊕ Padres de Familia ⊕ Comunidad en general.
<p>COBERTURA EN LA ATENCION MEDICA EN LA ZONA RURAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Falta de recursos. ⊕ Baja cobertura en las veredas en servicios de salud. ⊕ Necesidad de desplazamiento del personal medico hacia la parte rural. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Dificultad en el diagnostico de las enfermedades de la población. ⊕ Éxodo de pacientes y habitantes a municipios vecinos. ⊕ Baja cobertura en prestación de servicios de los salud en el Mpio. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Contratación Medico rural para la parte alta del Mpio. ⊕ Ampliación del recurso Humano en la prestación de Servicios de Salud. ⊕ Promoción de la Salud a nivel rural. ⊕ Programación de Brigadas de salud a la veredas. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal · ⊕ Saneamiento ambiental · ⊕ E.S.E. pública. ⊕ Comunidad en general.

<p>BAJA COBERTURA EN SEGURIDAD SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Escasez de recursos. ⊕ Poca ampliación de cobertura en afiliaciones. ⊕ Estadísticas erradas sobre la densidad demográfica del municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Población con bajo servicios de salud. ⊕ Inequidad en la prestación del servicio de salud. ⊕ Población vulnerable afectada. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Ampliación de cobertura. ⊕ Gestión de recursos. ⊕ Priorización a la población más vulnerable. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal · ⊕ Sector Salud. ⊕ Organismos de salud en el Municipio ·
<p>DEFICIENCIA EN LA COMUNICACIÓN INTERMEDIAL CON LA CABECERA MUNICIPAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Mal estado de las vías de comunicación. ⊕ Falta de gestión para mantenimiento de vías. ⊕ Sistemas de comunicación deficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Sectores alejados de la cabecera municipal comunicados. ⊕ Demoras en la prestación de los servicios a la población más alejada. ⊕ Pérdida del sentido de pertenencia con el municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Mejoramiento en los sistemas de comunicación. ⊕ Mantenimiento de las vías internas Municipales. ⊕ Gestión de recursos para mejorar, mantener y crear nuevos sistemas de comunicación en el Municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal · ⊕ Comunidad en general.

<p>CANCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Baja afluencia a consulta medica y controles. ⊕ Hábitos alimenticios desbalanceados. ⊕ Descuido a los golpes y anomalías en el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Detección tardía de la enfermedad muy avanzada. ⊕ Elevar los índices de mortalidad por este concepto. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Promover las visitas frecuentes y periódicas a los controles médicos. ⊕ Educar y mantener unos hábitos alimenticios saludables. ⊕ Consultar con el médico cualquier anomalía corporal que se presente. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal . ⊕ Sector Salud. ⊕ Organismos de salud en el Municipio .
---------------	--	--	--	--

<p>6, ENFERMED ADES DE TRANSMISI ON SEXUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Falta de educación en la juventud del municipio con respecto a la sexualidad. ⊕ Métodos inadecuados para protegerse en las relaciones sexuales. ⊕ promiscuidad y desorden en la sexualidad de la población del municipio, especialmente los jóvenes y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Altos índices de enfermedades de transmisión sexual en el municipio. ⊕ Aumento en la tasa de embarazos no deseados y en adolescentes. ⊕ Decadencia de valores en la población. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Promover una vida sexual sana el la población. ⊕ Educar a la juventud en cuanto a la protección y la responsabilidad en la sexualidad. ⊕ Campañas de prevención de este tipo de enfermedades y embarazos no deseados. ⊕ Fomentar los valores morales y éticos en la juventud 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Administración Municipal . ⊕ Sector Salud. ⊕ Organismos de salud en el Municipio .
--	---	--	---	--

FUENTE: Diagnóstico Comunitario 2008.

Jerarquización De Problemas De La Situación De Salud Del Municipio

PROBLEMA	FRECUE NCIA (MAGNIT UD)	SEVERID AD (GRAVE DAD)	VIABILI DAD (POS.S OL.)	INCREM ENTO	MODIFIC ABLE (VULNER)	DINE RO	TOTA L
Aseguramie nto en salud.	2	2	1	--	2	1	8
Mortalidad por Evento cardiovascul ar	2	2	1	--	1	2	8
Agua apta para consumo humano	2	2	1	--	1	1	7
Concentraci ón de servicios de salud	2	2	1	--	2	--	7
Talento Humano	2	2	2	--	1	--	7
Consumo de alcohol	1	2	2	--	1	1	7
Consumo de tabaco	2	2	1	--	1	1	7
Hogares sin servicios sanitarios	2	1	1	--	2	1	7
Hábitos sexuales, personas	1	1	2	--	2	1	7

con doble compañero sexual							
Ausencia de acueducto con tratamiento	2	1	1	--	1	1	6
Morbilidad por Lepra	2	1	1	--	1	2	6
Crecimiento y Desarrollo	1	1	1	--	2	1	6
Mortalidad Materna	--	2	2	--	--	2	6
Población servida de alcantarillado	2	1	1	--	1	--	5
Mortalidad infantil	--	2	2	--	--	1	5
Mortalidad Ca. mama	--	1	2	--	--	2	5

PLANTEAMIENTO

PROGRAMATICO

ANEXOS

- **PLAN PLURIANUAL DE INVERSION**
- **PLAN INDICATIVO**
- **PLAN OPERATIVO ANUAL**
- **PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSION**
- **SOCIALIZACION**

Albania, Junio 12 de 2008

DOCTORA

PAOLA ANDREA SIERRA

Profesional de Enlace en Salud

Secretaria de Salud de Santander

Bucaramanga

Respetada Doctora:

En cumplimiento de la circular 009 emanada por la secretaria de salud de Santander y de la resolución 425 de 2008, adjunto hago entrega del PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ALBANIA VIGENCIA 2008-2011 con la siguiente documentación:

- Plan Territorial de Salud vigencia 2008-2011 que incluye diagnóstico situacional por ejes programáticos, planteamiento programático, plan plurianual de inversión, plan indicativo, plan operativo anual , plan operativo anual de inversión y socialización.
- Acuerdo 008 del concejo municipal en donde se aprueba el plan de desarrollo y plan territorial de salud vigencia 2008-2011 junto con el acta del consejo de gobierno de aprobación del POA Y POAI vigencia 2008

Atentamente,

Ing. MANUEL OVALLE ARIZA

Secretario de Salud

Albania

